

全国ポニー競馬選手権「第8回ジョッキーベイビーズ」  
関東地区代表決定戦実施要項

日本中央競馬会  
馬事公苑 普及課

1. 期日

平成28年9月22日(祝・木) JRA馬事公苑「愛馬の日」当日

2. 場所

JRA馬事公苑 走路(ダートコース)

3. 競走内容

距離 230m(直線ダートコース)

※出場申し込み頭数が多数となった場合、予選レースを実施することがあります。

4. 出場資格

【参加騎手】

(1) 出場申込時において小学4年生～中学1年生である者で競走騎乗中は、直進を維持し蛇行や斜行を修正できること。入線後は、自らの操作で騎乗馬を停止できることを条件とします。

(2) 何らかの傷害保険に加入していること。

(3) 保護帽と乗馬用ボディープロテクター、長靴(ゴム長靴等)を着用すること。

※貸出しは行いません。

【参加馬匹】

(1) 参加騎手1名につき1頭の参加馬匹を必要とします。

(2) 本苑の入厩条件(注1)を満たし、かつ、体高 125cm以下であること。

※(体高は入厩時に計測します)

※地区代表決定戦へのエントリーは、原則として1人1回限りかつ1馬1回限りとする。

**他の地区代表決定戦にエントリーした人もしくは馬は、関東地区代表決定戦にはエントリーできません。(他の地区代表決定戦で貸与馬として使用した馬匹は除く)**

5. 決勝レースへの選考基準

関東地区代表決定戦において、勝ち抜いた1名の騎手に10月9日(日)に東京競馬場で行われる決勝レースの関東地区代表として選出します。

※予選レースの実施・不実施やルールの詳細は前日打合せにてお伝えします。

6. 事故に対する責任

事故に対しては応急処置をいたしますが、主催者は原則としてその責任を負いません。

## 7. コース馴致について

コース馴致日は次の期日に設定します。

9月21日(水) 馬場使用時間については別途お伝えします。

※入厩時間については、相談に応じます。

## 8. 前日打合せについて

ルールその他についての打合せを9月21日(水)午後(時間・場所は後日連絡、学校が  
終わり次第の時間を予定)に実施しますので、各団体の責任者は出席をお願いいたします。

## 9. 出場申し込みについて

別紙『申込用紙』・『誓約書』・『メディカルカード』・『入厩届け』をJRA馬事公苑 普及課までご提出願います。

申し込み先 日本中央競馬会 馬事公苑 普及課 担当:廣田

〒 158-8523 東京都世田谷区上用賀 2-1-1 Tel 03-3429-8745

※申し込み締切日 **平成28年8月18日(木) 必着**

### (注1) 入厩条件

馬事公苑 HP( <http://company.jra.jp/bajikouen/todoke/index.html> )

「**競技主催団体提出書類一式**」→「別紙 I 馬事公苑入厩条件」に記載されております。

# 申込用紙

下記の人馬は、「第8回ジョッキーベイビーズ」関東地区代表決定戦  
に出場を希望いたします。

## 《選手》

選手名(フリガナ)	生年月日	年齢	学年	性別	乗馬暦	身長
	年 月 日	歳	年		年	cm

## 《馬匹》

馬名(フリガナ)	産地	品種	生年月日	年齢	性別	体高
			年 月 日	歳		cm

所 属：\_\_\_\_\_

責 任 者：\_\_\_\_\_

申 請 者：\_\_\_\_\_

住 所：\_\_\_\_\_

電話番号：\_\_\_\_\_

E-mail：\_\_\_\_\_

ここに記載されている個人情報は、この予選にかかる目的でのみ使用いたします。

# 誓約書

J R A馬事公苑長 殿

私は、J R A馬事公苑で実施される『全国ポニー競馬選手権～第8回ジョッキーベイビーズ関東地区代表決定戦』出場にあたり、下記事項を遵守することを誓約します。

## 記

1. 馬をいたわり、物品を大切にします。
2. 当選手権出場にあたり、事前にメディカルカードを提出し、傷害保険に加入しています。
3. 当選手権のための活動中（乗馬中を含む）は、貴会職員の指示に従います。
4. 服装を整え、保護帽（ヘルメット）と乗馬用ボディープロテクターを着用します。
5. 当選手権のための活動中（乗馬中を含む）における事故については、自分で責任を持ち、治療費・損害賠償等は一切請求せず、貴会に迷惑をかけません。
6. 上記事項に反した時、または、危険防止等の理由により出場を取消されても不服を申し立てしません。

平成 年 月 日

本人氏名 \_\_\_\_\_ 印

保護者氏名 \_\_\_\_\_ 印

【第8回ジョッキーパーベイズ関東地区代表決定戦出場者メディカルカード】

所属団体名			
フリガナ			
氏名			
生年月日	平成 年 月 日	性別	血液型 型 (RH )
住所	〒 TEL ( ) FAX ( ) E-mail		
緊急時の連絡先	氏名		本人との続柄
	〒 TEL ( )		
アレルギーの有無			
かかりつけ医師 (連絡先も記入)			
加入傷害保険	【保険会社名】 【保険名】		
以下は、アンケートです (資料作成用に使用させていただきます)			
健康状態			
乗馬・ポニー競馬経験 (年数・成績等)			
スポーツ経験 (年数・成績等)			
好きな競馬騎手・スポーツ選手			
この大会にかける意気込み等			
将来の夢			

ここに記載されている個人情報は、この予選にかかる目的でのみ使用いたします。

大会 入厩届

整理 番号	所属団体名	責任者	住所	TEL								
				馬名		性別	年齢	前回の入厩年月日 (大会名)	馬伝染性貧血検査 (最終検査年月日)	馬インフルエンザワクチン接種年月日	日本脳炎ワクチン (本年度)	
厩舎 番号					( )				1回目	2回目		
					( )							
					( )							
					( )							
					( )							
					( )							

- 【注意】**
- 馬伝染性貧血の検査年月日については、最新の検査年月日を記入してください。
  - 馬インフルエンザワクチン接種については、下記のとおり記入してください。
    - 過去に本会施設に入厩したことがある馬については、最後に入厩した年の前年からの接種歴のみ記入してください。
    - 初めて本会施設に入厩する馬については、生まれてからの全ての接種歴を記入してください。
  - 7月～10月末日までに入厩する馬については、本年5月以降の日本脳炎ワクチン接種月日を2回とも記入してください。
  - JRA主催の競技会または講習会に参加するために馬事公苑に初めて入厩する馬については、健康手帳の馬伝染性貧血検査欄および馬インフルエンザワクチン接種欄のコピーを馬事公苑診療所まで FAX (03-3429-1203) するようお願いします。
  - 不明な点は、03-3429-8745 までお問い合わせ下さい。